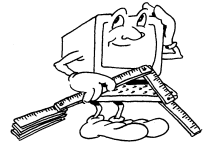


Prüfer/-in Datum	Organisationseinheit (z.B. Sb = Sachbearbeitung, V= Vertrieb, P = Produktabteilung)	Zimmer /Arbeitsplatz / Person
---------------------	---	-------------------------------

Belastungs-Check Bildschirmarbeit

H.Schmidt – Version 2.2015 Analysebogen Bildschirmarbeit 1/2



Interview

Die richtige SitzEinstellung

Richtiges bitte ankreuzen!

- Mindestens 90 Grad - Winkel
- Gesamte Sitzfläche - Kniekehlen frei
- Ober- und Unterarm 90 Grad Winkel
- Schultern entspannt
- Füße ganz auf Boden
- Anpassung Tischhöhe, Fußstütze

Die gesunde Arbeitshaltung

- Entspannte Haltung möglich
- Keine Verdrehung des Körpers
- Beine haben Platz
- Dynamisches Sitzen möglich
- Rückenlehne stützt ab
- Raum für Handgelenke

Gute Sehbedingungen

- Seh-Abstand mindestens 50 cm
- Zeichen deutlich
- Oberste Zeile nicht über Augen
- Hauptblickrichtung blendfrei
- Im Rücken keine Lichtquelle
- Keine Spiegelungen, Blendungen

Sehhilfe: Ja Nein

Sehhilfe für BAP: Ja Nein **Letzter Augen-Check:** 2 Jahre 4 Jahre

Tägliche Dauer der Bildschirmarbeit

bis 2 Stunden 4 Stunden über 4 Stunden

Messung (optional): Arbeitshöhe im Sitzen – Soll: _____ cm Ist: _____ cm

Arbeitshöhe im Stehen – Soll: _____ cm Ist: _____ cm



Was ist für Sie besonders anstrengend?

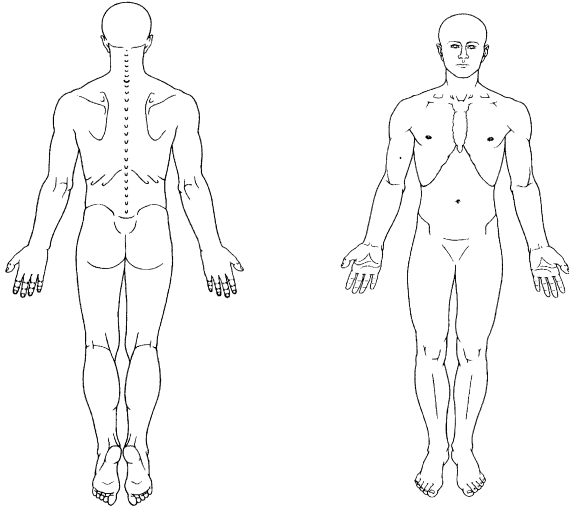
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ständiges Sitzen / Stehen <input type="checkbox"/> Monotone, mangelnde Bewegungen <input type="checkbox"/> Ständig gleiche Haltung <input type="checkbox"/> Arbeitshöhe stimmt nicht <input type="checkbox"/> Arbeitsmittel mangelhaft <input type="checkbox"/> Software führt zu Störungen <input type="checkbox"/> Arbeitsumgebung <ul style="list-style-type: none"> - Luftqualität schlecht – Gestank, Staub - Klima ist unbehaglich - Lärm – Maschinen, Verkehr, Menschen - Beleuchtung mangelhaft – Sonnenblendung, Leuchten grell, zu wenig Licht | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Organisatorische Belastungen <ul style="list-style-type: none"> - Zeitdruck, - Monotone Aufgaben, - Unterforderung, - Überforderung, - keine Entwicklungsmöglichkeit <input type="checkbox"/> Störungen durch Menschen <input type="checkbox"/> Fehlender Handlungsspielraum <input type="checkbox"/> Wenig Kontaktmöglichkeiten <input type="checkbox"/> Unzureichende Information <input type="checkbox"/> Rückmeldung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <p>-----</p> <p>-----</p> |
|--|---|

Wie fühlen Sie sich heute?



Bitte wenden.

(Angabe freiwillig.)
Haben Sie bereits Beschwerden?



Bereiche ankreuzen.

Möchten Sie uns
etwas Zusätzliches
mitteilen?
Haben Sie eine Idee / einen Vorschlag?



Ergebnis: (Hinweise des Untersuchers zu den Verhältnissen, zum Verhalten, Sofortmaßnahmen)

Nächste Schritte: